

Nom de Famille _____ Prénom _____ Date de Naissance _____ mm/dd/yy Sexe _____
 Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____
 Tél. maison _____ Tél. Travail _____ Tél. Mobile _____
 Méthode préférée de contact _____ Adresse Courriel _____
 Occupation _____ Employeur _____
 Adresse au travail _____
 Avez-vous des assurances dentaires? _____ compagnie d'assurance _____ Police # _____
 Certificat # _____ Medicare # _____
 Nom de votre médecin de famille / spécialité _____
 Date de votre dernier examen de santé _____ Objectif _____
 Comment décririez-vous votre état de santé? _____ excellent _____ bon _____ moyen _____ faible

OUI NON

OUI NON

1. Hospitalisation pour maladie ou blessure _____
2. Réaction allergique à
 aspirine, ibuprofène acetaminophène codéine pénicilline
 érythromycine tétracycline sulphamides anesthésie locale
 latex autres _____
3. Problèmes cardiaques ou un stent cardiaque au cours des
 6 derniers mois _____
4. Crise Cardiac? _____
5. Antécédents d'endocardite infectieuse _____
6. Valve cardiaque artificielle ou malformation cardiaque réparée _____
7. Stimulateur cardiaque ou défibrillateur automatique implantable _____
8. Prothèse artificielle (valve cardiaque ou articulations) _____
9. Scarlatine ou fièvre rhumatismale _____
10. Pression artérielle haute ou basse _____
11. AVC (prise d'anticoagulants) _____
12. Anémie ou autre problème sanguin _____
13. Saignement prolongé dû à une coupure _____
14. Emphysème, sarcoïdose _____
15. Tuberculose _____
16. Asthme _____
17. Problèmes respiratoires, problèmes de sommeil (apnée,
 ronflements, sinus) _____
18. Maladie des reins _____
19. Maladie du foie _____
20. Jaunisse _____
21. La thyroïde, la parathyroïde ou la carence en calcium _____
22. Déficit en hormone _____
23. Cholestérol élevé ou prendre des statines _____

24. Diabète _____
25. Ulcère gastrique ou duodénal _____
26. Troubles digestifs (comme le reflux gastrique) _____
27. Ostéoporose/ostéopénie (prise de bisphosphonates) _____
28. Arthrite _____
29. Glaucome _____
30. Blessures à la tête ou au cou _____
31. Épilepsie, convulsions _____
32. Troubles neurologiques (trouble déficitaire de l'attention) _____
33. Infections virales, feu sauvage _____
34. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foies _____
35. Maladie sexuellement transmissible _____
36. Hépatite (type A, B ou C) _____
37. VIH/ Sida _____
38. Tumeur / croissance anormale _____
39. Radiothérapie _____
40. Chimiothérapie _____
41. Dépendance à l'alcool et/ ou aux drogues _____

ÊTES-VOUS :

42. Actuellement traités pour toute autre maladie _____
43. Sujet à un changement dans votre état de santé général _____
44. Prenez-vous actuellement des suppléments diététiques _____
45. Sujet à des maux de tête fréquents _____
46. Fumeur/fumeuse ou ancien fumeur/fumeuse _____
47. FEMME : sous contraceptifs (pilule ou autre) _____
48. FEMME - enceinte _____
49. MALE - avez-vous des problèmes de prostate _____

Décrire tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent ou en attente, ou tout autre traitement pouvant interférer avec votre traitement dentaire.

Énumérez tous les médicaments, suppléments et / ou vitamines pris au cours des deux dernières années			
Médicament	objectif	Médicament	objectif
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de 6 médicaments

VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DE TOUS LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____